

B 部分 - 医疗保健提供者声明 (请工整书写或键入回答)

必须完整填写医疗保健提供者声明。主治医疗保健提供者应在收到此表格后的七(7)天内填写并将其交还给申领人。对于第 7-d 项, 您必须给出估计日期。如果伤残是由怀孕引起或与怀孕有关, 请在第 7-e 项中输入预产期。不完整的回答可能会导致延迟支付抚恤金。

1. 姓: _____ 名: _____ 中间名缩写: _____

2. 性别: 男 女 第三性别 3. 出生日期: _____ / _____ / _____

4. 诊断/分析: _____ 诊断代码: _____

a. 申领人症状: _____

b. 客观发现: _____

5. 申领人是否住院? : 是 否 自: _____ / _____ / _____ 至: _____ / _____ / _____

6. 有手术指征? : 是 否 a. 类型 _____ b. 日期 _____ / _____ / _____

7. 请输入以下日期	月	日	年
a. 您第一次接受对此伤残的治疗的日期			
b. 您最近一次接受对此伤残的治疗的日期			
c. 申领人因此伤残而失去工作能力的日期			
d. 申领人能够再次工作的日期 (请输入预估日期, 即使存在相当大的疑问。请勿使用“未知”或“未确定”等词语。)			
e. 如果与怀孕有关, 请勾选并输入 <input type="checkbox"/> 预产期或 <input type="checkbox"/> 实际分娩日期			

8. 在您看来, 此伤残是否是由于工作或职业病而造成的伤害? :

是 否 如果回答“是”, 是否已向委员会提交了 C-4 表格? 是 否

我证明我是:

_____ (内科医生、脊椎按摩师、牙医、足病医生、心理学医生、护理助产士)	_____ 获得执照或认证所在州	_____ 执照号码
_____ 医疗保健提供者姓名 (打印)	_____ 医疗保健提供者签名	_____ 日期
_____ 医疗保健提供者地址	_____ 电话号码	

致申领人的重要通知 - 请仔细阅读以下说明

请注意: 此表格的填写和提交日期不可早于您的第一次伤残日期。为使您的申领获得处理, 您必须填写 A 部分和 B 部分。

1. 如果您使用此表格是因为您在受雇期间伤残或在雇佣终止后的四(4)周内伤残, 您应在自第一日伤残起三十(30)天内将填妥的申请表邮寄给您的雇主或您最后一任雇主的保险公司。您可以使用“雇主保险搜索”工具在工伤赔偿委员会网站 www.wcb.ny.gov 上查找您雇主的伤残保险公司。

2. 如果您使用此表格是因为您在雇佣终止超过四(4)周后伤残, 您必须将填妥的申请表邮寄至: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**。如果您对第 13.B.3 题回答“是”, 请填写并附上 DB-450.1 表格。

如果您在 45 天内未收到回复, 或者您对伤残抚恤金申领有疑问, 请致电您雇主的保险公司。有关伤残抚恤金的一般信息, 请访问 www.wcb.ny.gov 或致电 (877) 632-4996 联系委员会的伤残抚恤金管理局。

通知依据《纽约个人隐私保护法》(公职人员法第 6-A 条)和 1974 年《联邦隐私法》(《美国法典》(U.S.C.) 第 5 篇第 552a 条)。工伤赔偿委员会(即“委员会”)要求申领人提供其个人信息(包括他们的社会安全号码)的权力是基于委员会根据《工伤赔偿法》(WCL)第 20 条所拥有的调查权, 以及根据 WCL 第 142 条所拥有的管理权。收集这些信息是为了帮助委员会以最便捷的方式调查和管理申领, 以及帮助其维护准确的申领记录。向委员会提供您的社会安全号码是自愿行为。不在此表格上提供您的社会安全号码不会受到处罚; 也不会导致您的申领被拒绝或抚恤金减少。委员会将保护其拥有的所有个人信息的机密性, 仅会在履行其公务时根据适用的州和联邦法律进行披露。

《健康保险便利和责任法案》(HIPAA) 通知 - 为了裁定工伤赔偿申领或伤残抚恤金申领, WCL 第 13-a(4)(a) 条和《纽约州法典、规则与法规》(NYCRR) 第 12 篇第 325-1.3 条要求医疗保健提供者定期向委员会以及保险公司或雇主提供关于治疗的医疗报告。根据《美国联邦法规》(CFR) 第 45 篇第 164.512 条, 这些法律要求的医疗报告不受 HIPAA 对健康信息披露的限制。

信息披露: 未经您的同意, 委员会不会向任何未经授权的一方披露有关您的个案的任何信息。如果您选择将此类信息披露给任何未经授权的一方, 您必须向委员会提交一份签名的 OC-110A 表格原件, 即“申领人工伤赔偿记录披露授权书”。此表格可在 WCB 网站 (www.wcb.ny.gov) 上获取, 并可通过单击“表格”链接访问。如果您无法访问互联网, 请致电 (877) 632-4996 或前往我们最近的客户服务中心以获取表格副本。您也可以提交一份经过公证的签名授权书原件, 以代替 OC-110A 表格。

雇主或保险公司, 或任何员工、代理或代表雇主或保险公司行事的人员, 在报告、调查或调整本章规定的任何抚恤金申领或付款索赔的过程中, 有意对重要事实作出虚假陈述或描述, 以期避免提供此类付款或抚恤金, 都将被判处有期徒刑, 并处以巨额罚款和监禁。